

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

---

ANNÉE 1931

THÈSE 466 N°

POUR LE

**DOCTORAT EN MÉDECINE**

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

**ELIE BRONSTEIN**

Né le 12 Février 1905, à Nicolaëff (Russie)

ANCIEN EXTERNE DES HOPITAUX DE PARIS

---

# La Rétention d'Œuf mort

## dans les premiers mois de la grossesse utérine

---

**(Etude clinique et thérapeutique)**

---

*Président de Thèse : M. le Professeur J.-L. FAURE.*

---

MARCEL VIGNE, EDITEUR  
13, Rue de l'Ecole-de-Médecine, 13  
PARIS

---

1931



ANNÉE 1931

# THÈSE

N° .....

POUR LE

## DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

**ELIE BRONSTEIN**

Né le 12 Février 1905, à Nicolaëff (Russie)

ANCIEN EXTERNE DES HOPITAUX DE PARIS

---

# La Rétention d'Œuf mort

## dans les premiers mois de la grossesse utérine

---

**(Etude clinique et thérapeutique)**

---

*Président de Thèse : M. le Professeur J.-L. FAURE.*

---

MARCEL VIGNÉ, ÉDITEUR  
13, Rue de l'Ecole-de-Médecine, 13  
PARIS

---

1931

### III. -- AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

#### POUR LE SERVICE DES EXAMENS

|                             | MM.            |
|-----------------------------|----------------|
| Pharmacologie .....         | BUSQUET.       |
| Obstétrique .....           | GUENIOT.       |
| Obstétrique .....           | LEQUEUX        |
| Anatomie pathologique ..... | LEROUX.        |
| Parasitologie .....         | NEVEU-LEMAIRE. |
| Histologie .....            | RETTNER        |
| Physique .....              | ZIMMERN.       |

### IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

#### (ANNEXE)

#### A TITRE PERMANENT

| MM.             |                       | MM.          |                          |
|-----------------|-----------------------|--------------|--------------------------|
| ABRAMI.....     | Clinique<br>médicale  | BASSET.....  | Clinique<br>chirurgicale |
| CHIRAY.....     |                       | CHEVASSU.... |                          |
| DEBRE.....      |                       | HEITZ-BOYER  |                          |
| DUVOIR.....     |                       | MATHIEU .... |                          |
| FIESSINGER..    |                       | MOCQUOT .... |                          |
| LAIGNEL-        |                       | PROUST.....  |                          |
| LAVASTINE       |                       | SCHWARTZ...  |                          |
|                 |                       | LE LORIER... |                          |
| MM.             |                       |              |                          |
| LEVY-SOLAL..... | Clinique obstétricale |              |                          |
| METZGER.....    |                       |              |                          |

### V. — CHARGÉS DE COURS

|                                                                                                                                                      | MM.                |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|
| Chargé du cours de chirurgie orthopédique<br>chez l'adulte pour les accidentés du<br>travail, les mutilés de guerre et les<br>infirmes adultes ..... | MAUCLAIRE, agrégé. |
| Stomatologie .....                                                                                                                                   | FREY.              |
| Education physique .....                                                                                                                             | CHAILLEY-BERT.     |
| Radiologie clinique .....                                                                                                                            | LEDoux-LEBARD.     |
| Puériculture .....                                                                                                                                   | WEILL-HALLÉ.       |

*Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.*

A MON PÈRE

ET

A MA MÈRE

*Faible témoignage de ma très vive affection.*

---

A MON FRÈRE DICK-ISAAC BRONSTEIN

Externe des Hôpitaux de Paris

*En reconnaissance de son grand dévouement.*

A MES FRÈRES ET SŒURS

A TOUS LES MIENS

---

## A MONSIEUR LE PROFESSEUR JEAN-LOUIS FAURE

Professeur de Clinique Gynécologique

Chirurgien à l'Hôpital Broca

Commandeur de la Légion d'Honneur

Membre de l'Académie de Médecine

*Au Maître qui m'a fait le grand honneur de  
présider cette Thèse. En témoignage de ma  
reconnaissance et de ma profonde admira-  
tion.*

---

## A MONSIEUR LE DOCTEUR DOUAY

Chef des Travaux Gynécologiques à l'Hôpital Broca

Chevalier de la Légion d'Honneur

*Qui a bien voulu m'inspirer l'idée de ce tra-  
vail. Témoignage de gratitude et de recon-  
naissance.*

---

A MONSIEUR LE DOCTEUR MICHEL DENIKER

Chirurgien des Hôpitaux de Paris

Chevalier de la Légion d'Honneur

*Témoignage de profonde reconnaissance.*

---

A MONSIEUR LE DOCTEUR BULLIARD

Chef du Laboratoire de Gynécologie à l'Hôpital Broca

*Expression de ma gratitude.*

---

A MONSIEUR LE DOCTEUR CLAUDE BÉCLÈRE

Chef de Clinique à l'Hôpital Broca

*Mes sincères remerciements.*

---

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX DE PARIS :

M. LE PROFESSEUR GILBERT (Hôtel-Dieu)

*(In Memoriam)*

M. LE PROFESSEUR LEJARS (Saint-Antoine)

M. LE PROFESSEUR CARNOT (Hôtel-Dieu)

M. LE PROFESSEUR DUVAL (Vaugirard)

M. LE PROFESSEUR MARFAN (Enfants-Assistés)

M. LE PROFESSEUR VAQUEZ (Pitié)

M. LE PROFESSEUR TEISSIER (Claude-Bernard)

M. LE DOCTEUR COUTELA (Beaujon)

M. LE PROFESSEUR BRINDEAU (Tarnier)

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ LÉRI (St-Louis)

*(In Memoriam)*

M. LE PROFESSEUR J.-L. FAURE (Broca)

M. LE DOCTEUR LESNÉ (Trousseau)

M. LE PROFESSEUR LEGUEU (Necker)

---

A MESSIEURS :

LE DOCTEUR RICHARD

Chirurgien des Hôpitaux de Paris

LE PROFESSEUR AGRÉGÉ VAUDESCAL

LE PROFESSEUR AGRÉGÉ FEY

LE DOCTEUR MOUQUIN

Médecin des Hôpitaux de Paris

LE DOCTEUR HERTZ

Chirurgien à l'Hôpital Rothschild

LE DOCTEUR SCHWAAB

Accoucheur à l'Hôpital Rothschild

LE DOCTEUR HILLEMANT

LE DOCTEUR MERLE D'AUBIGNÉ

LE DOCTEUR LAPEYRRE

LE DOCTEUR CLEMENT

LE DOCTEUR DERON

LE DOCTEUR PIERRE BOURGEOIS

---

A MES AMIS

---

## Introduction

---

Pendant toute l'année 1928, nous avons été externe dans le service de Monsieur le Professeur Jean-Louis Faure, à l'Hôpital Broca.

A côté de l'enseignement pratique de tous les jours, nous avons suivi, de la façon la plus assidue, les leçons cliniques du vendredi, dans lesquelles le Professeur J.-L. Faure, admirablement secondé du Docteur Douay, son chef des travaux, exposait avec l'autorité et la compétence qu'on lui connaît, les problèmes gynécologiques les plus divers.

Durant cette époque, nous nous sommes particulièrement intéressé à la question du curettage. Vu la fréquence de cette opération, nous avons cherché à apporter un certain perfectionnement à son instrumentation; dans ce but, nous avons construit une curette utérine, dont nous exposerons les détails au chapitre de la thérapeutique et que nous croyons avoir quelques avantages.

Saisissons cette occasion, pour exprimer notre gratitude au Docteur Deniker, qui a bien voulu accepter la charge de présenter notre instrument, à la séance du 11 février 1931, de la Société Nationale de Chirurgie de Paris.

En faisant nos études sur le curettage, nous avons eu l'occasion d'observer dans le service, des cas de rétention d'œuf mort.

Le Docteur Douay, nous a montré l'intérêt de ces observations, relativement rares, tant au point de vue diagnostique, qu'au point de vue thérapeutique.

Les obstétriciens connaissent bien l'arrêt de la grossesse, surtout dans la deuxième partie de son évolution; les gynécologues connaissent moins bien l'interruption de la grossesse, qui se produit dans les premiers mois, alors que son diagnostic n'est pas encore fait.

A ce moment, en effet, la femme présente des troubles variables, atypiques, qui peuvent aiguiller le clinicien dans des mauvaises directions.

Dans une de nos observations, l'hystérectomie fut faite à tort, avec l'idée qu'il s'agissait d'un fibrome dégénéré, ou d'un fibrome compliqué de cancer du corps.

Cette erreur nous a permis de recueillir une superbe observation avec pièce anatomique d'un œuf mort depuis dix-huit mois et retenu dans l'utérus avec un minimum de troubles; le fœtus était réduit à un amas d'ossements.

Nous voudrions dans cette thèse étudier les diverses hypothèses, émises pour expliquer la mort et la rétention du fœtus, la symptomatologie de cette rétention, son diagnostic clinique et biologique; l'intérêt de l'examen au lipiodol, enfin le traitement, qui se résume en un curettage bien fait et complet de l'utérus.

## Différents cas de rétention d'œuf mort

---

A tout âge de la grossesse, le fœtus peut mourir pour des raisons diverses ; après la mort de l'œuf, le travail ordinairement se produit et l'œuf est expulsé.

Dans quelques cas cependant, le travail ne se produit pas ; l'œuf mort est retenu dans la cavité utérine pendant un temps parfois considérable ; cette rétention d'œuf mort peut produire des troubles variables, qui posent des problèmes thérapeutiques plus ou moins complexes.

Nous n'envisagerons pas la question de la grossesse ectopique ; l'œuf ectopique meurt habituellement à un moment de son évolution, en produisant les accidents plus ou moins graves, d'hémorragie tubo-péritonéale.

Parfois cependant le fœtus mort est retenu dans la cavité péritonéale, formant le lithopédion, décrit par les auteurs classiques (voir la thèse du Docteur Courtois, Paris, 1928).

Nous n'envisagerons pas non plus la grossesse utérine compliquée de mort de fœtus dans les derniers mois de la grossesse et non suivie de son expulsion spontanée ; cette question est bien connue des obstétriciens et a donné lieu à des nombreux travaux ; on a surtout cherché à connaître

la cause de la mort du fœtus, pour tâcher d'y remédier lors d'une grossesse ultérieure.

L'étude clinique de ces cas, n'offre aucune espèce de difficulté, car la grossesse a été diagnostiquée d'une façon certaine par suite des mouvements du fœtus, perçus par la mère et par le médecin. La mort du fœtus est facile à reconnaître du fait de la disparition de ces mouvements, de l'absence des bruits du cœur fœtal, de la montée laiteuse, qui se produit à ce moment, enfin de l'arrêt ultérieur du développement de l'utérus.

La question de la thérapeutique n'offre pas non plus grand intérêt; on se contente d'attendre que le travail se produise spontanément et que l'expulsion se fasse.

Dans cette thèse, nous n'avons en vue, que la rétention d'œuf, mort au début de la grossesse, dans les premiers mois de son évolution; et c'est là un problème de gynécologie souvent difficile à résoudre.

Dans les premiers mois de la grossesse, il n'y a, d'une part, aucun signe de certitude de la grossesse et, d'autre part, les signes de mort du fœtus sont délicats à mettre en évidence; la rétention d'œuf mort, peut donc simuler toutes les autres affections gynécologiques donnant lieu à des erreurs de thérapeutique; la principale erreur est celle de faire l'hystérectomie, alors qu'un simple curettage, avec évacuation de l'utérus, eut suffi pour obtenir la guérison (Voir l'observation 1, Planche 1).

## Etiologie

---

Les causes qui peuvent amener la mort de l'œuf, au cours de la grossesse utérine sont extrêmement nombreuses et ont des origines les plus diverses.

Elles peuvent provenir, soit du père, soit de la mère, soit de l'œuf lui-même et parmi les différentes affections, la syphilis, la néphrite, les endométrites et les troubles de la circulation fœto-placentaire, sont les plus importantes.

Il ne faudrait pourtant pas croire, que ces causes soient toujours faciles à mettre en évidence et qu'on peut les retrouver chez toutes les malades; chez quatre malades de l'Hôpital Broca, dont nous rapportons les observations, nous n'avons pu trouver aucune des étiologies généralement connues et admises.

La syphilis n'a pu être dépistée ni cliniquement, ni par les réactions biologiques; la gonococcie a été éliminée de la façon la plus catégorique; à chaque malade un examen détaillé des urines fut fait avant et après l'expulsion de l'œuf; on n'a jamais constaté la présence d'une substance anormale, sucre ou albumine, ni d'aucun poison; c'étaient par ailleurs des femmes jeunes, n'ayant pas encore eu d'enfants et désirant ardemment en avoir (observations 2, 5, 6; obser-

vation 8); il est évident, que dans de pareils cas, on rejetait l'hypothèse de tentative d'avortement.

On sait que les traumatismes graves, au cours de la gestation, de même les grandes émotions peuvent amener la mort du fœtus; certains auteurs ont rapporté aussi des cas, où l'examen histologique des vaisseaux ombilicaux a montré une sténose considérable de ces vaisseaux, comme étant à l'origine de la mort fœtale; d'autres ont signalé des lésions placentaires, comparables à celles que l'on rencontre dans la syphilis

Enfin pour finir, signalons un cas particulier, décrit par les auteurs classiques sous la dénomination de « mort habituelle du fœtus ». Ce sont des cas, où le fœtus meurt toujours à une certaine époque de la grossesse, sans que la femme puisse avoir un enfant vivant. Malgré les recherches des auteurs, l'étiologie et la pathogénie de cet accident, restent assez obscurs; certains ont incriminé la syphilis, d'autres l'intoxication gravidique, comme étant à l'origine de ces accidents; un fait est certain: ces cas sont souvent très améliorés par le traitement spécifique, institué malgré la négativité de la réaction de Wassermann.

Les petites abuminuries, les intoxications: saturnisme, tabagisme, alcoolisme, jouent un rôle certain dans l'étiologie de la mort du fœtus et nous ne saurions clore ce chapitre, sans insister sur la nécessité qu'il y a de rechercher l'étiologie exacte de la mort de l'œuf, dans chaque cas, afin d'y remédier par un traitement approprié.

## Pathogénie

---

Comment expliquer la grande tolérance de l'utérus vis-à-vis d'un œuf mort ?

Les hypothèses qui ont été émises à ce sujet sont innombrables et on peut en dégager deux ordres des faits :

ou c'est l'œuf qui adhère anormalement ;

ou c'est l'utérus qui ne se contracte pas pour chasser l'œuf.

En faveur de l'adhérence anormale de l'œuf, certains auteurs citent la dégénérescence granulo-graisseuse de la caduque ; par suite de cette transformation anatomique, il y a excès d'adhérence et ainsi rétention anormale de l'œuf. D'autres auteurs au contraire, ne croient pas que les altérations de la caduque ou du placenta, soient la cause de la rétention, mais plutôt sa conséquence.

L'hypothèse de la non contractilité utérine est bien plus séduisante. Il est évident qu'un utérus qui se contracte, ne garde pas son œuf.

Personnellement, nous avons eu l'occasion de suivre une malade, chez qui on soupçonnait la rétention d'un œuf mort et à qui, sans autre indication, il a suffi de faire deux piqû-

res d'extrait d'hypophyse (nous n'avons pas pu savoir la dose injectée) pour provoquer le travail et amener l'expulsion d'un œuf d'un mois et demi environ.

La vraie pathogénie de la rétention de l'œuf mort étant encore à l'étude, l'observation authentique que nous signalons nous incite à penser, que la déficience hormonale de l'organisme maternel et en particulier l'insuffisance de sécrétion du lobe antérieur de l'hypophyse, pourrait bien jouer un rôle dans la tolérance qu'à l'utérus vis-à-vis de l'œuf mort.

---

## Modifications anatomiques de l'œuf mort avant le 4<sup>e</sup> mois et en état de rétention

---

Quand l'œuf est retenu dans la cavité utérine, il se produit un certain nombre de modifications ovulaires, qui varient suivant l'âge auquel l'œuf est mort ; ces modifications ne nous intéressent pas toutes et nous ne retiendrons que celles qui se produisent dans la première moitié de la gestation.

Si l'œuf succombe pendant les deux premiers mois de la grossesse, sa consistance est si faible, sa constitution histologique est telle, qu'il ne peut résister aux causes de destruction, qui l'atteignent ; il se désagrège, il se dissout.

Pour que cette dissolution soit complète, il faut un certain laps de temps et, suivant le temps écoulé entre la mort et l'expulsion de l'embryon, celui-ci se présentera tantôt ratatiné et méconnaissable, tantôt des dimensions et de forme normales ; parfois enfin, la cavité amniotique ne contiendra qu'un liquide, d'une consistance souvent sirupeuse, d'une couleur jaune assez claire, quelquefois laiteuse, le plus souvent louche, et présentant sous l'action de l'éther, toutes les réactions d'une émulsion de graisse.

Dans certains cas, on ne retrouve aucune trace de l'embryon ; on dit alors que l'œuf est clair.

Mais les modifications anatomiques sont différentes si l'œuf meuri après le deuxième mois et surtout après le troisième mois de son existence.

A cet âge, le fœtus, déjà pourvu d'une charpente osseuse est plus résistant ; il ne se dissout plus, il se momifie.

Ses tissus encore mous, se concentrent, se resserrent, se condensent sous l'influence de la macération prolongée dans une humeur saline ; par là même ils diminuent de volume, se réduisent à une couche plus mince, se raccornissent ; la couleur change très rapidement, elle devient terreuse, grise jaunâtre et terne.

Le liquide amniotique se trouve en quantité d'autant moins considérable, que la mort remonte à une date plus ancienne ; il finit par disparaître en laissant sur l'embryon un sédiment terreux, grisâtre ; quand ce liquide amniotique a presque complètement disparu, la paroi de l'œuf vient s'appliquer presque exactement sur le fœtus, dont elle ne se trouve plus séparée que par une couche plus ou moins épaisse de sédiment.

Les modifications ne se limitent pas au fœtus ; si les annexes conservent quelquefois leur aspect normal, il n'en est pas ainsi dans tous les cas ; en général, elles sont plus ou moins profondément altérées. Pour ne parler que des altérations placentaires, il se produit parfois, quand l'œuf mort

est retenu longtemps dans la cavité utérine, des altérations, décrites sous le nom de môle tubéreuse; elle est constituée par des masses pédiculées ou sessiles, faisant saillie sur la face amniotique du placenta, colorées en rouge, bleu ou noir, du volume d'un grain de blé ou d'une prune, qui ne seraient que des hématomes, se développant dans un œuf hydramnionique, dont le liquide a plus ou moins disparu.

Nous n'insisterons pas sur la macération qui ne se produit guère avant le cinquième mois; quant à la putréfaction, elle ne se produit jamais tant que les membranes de l'œuf restent intactes; ce n'est que lorsque les membranes se rompent, que l'œuf est envahi par les microbes de la putréfaction, donnant lieu à des accidents redoutables.

Les modifications anatomiques que nous venons de décrire présentent un grand intérêt clinique; elles sont d'autant plus marquées, que l'œuf a été retenu plus longtemps; au fur et à mesure que le fœtus se momifie et que la résorption du liquide amniotique s'accroît, l'utérus se rétracte peu à peu sur son contenu, rendant le diagnostic de rétention d'œuf mort, de plus en plus difficile; en outre, suivant que les membranes de l'œuf sont intactes ou rompues, les signes cliniques varient aussi; nous les étudierons dans le chapitre consacré à la symptomatologie — nous verrons aussi que c'est de l'état des membranes que dépend la thérapeutique.

---

## Symptomatologie

---

La symptomatologie de la rétention de fœtus mort est faite d'une série de symptômes fonctionnels plus ou moins précis et de quelques signes physiques de netteté variable.

C'est par la recherche de l'ensemble de ces signes, qui par eux-mêmes n'ont rien de caractéristique, que l'on arrivera à établir qu'il y a eu grossesse, que cette grossesse est arrêtée dans son évolution et que l'œuf mort occupe encore l'utérus.

L'examen devra être patient, renouvelé, de manière à pouvoir saisir les différences de volume et de consistance de l'utérus aux différentes époques.

D'une façon générale, la femme présente une suppression des règles, qui peut être de durée variable; dans l'une de nos observations, l'arrêt des règles dura 21 mois (observation n° 1); dans une autre, cet arrêt était de 11 mois (observation 8); dans une troisième, la femme n'avait pas ses règles pendant 6 mois (observation 2).

L'arrêt des règles peut être complet, sans que la malade ait aucune espèce de perte; d'autrefois, pendant l'absence des règles, on peut observer des petites pertes de sang,

que la malade a tendance à prendre pour des règles, si bien qu'elle croit sincèrement ne pas être enceinte.

Quelles que soient les modalités de l'arrêt des règles, celui-ci existe ou a existé dans les antécédents de la malade. C'est là un point capital dans l'histoire clinique de la maladie.

Dans l'observation 8, nous voyons l'importance que Fochier a attribué à ce symptôme, qui lui a permis de redresser un diagnostic erroné.

Il faut donc faire préciser à la malade, de la façon la plus minutieuse, ce signe capital.

Souvent la femme a des troubles réflexes si fréquents au début de la grossesse; des nausées, des vomissements, de la somnolence; en outre l'augmentation du volume des seins, leur changement de consistance, complètent le tableau symptomatique, que fait soupçonner à la femme un début de grossesse.

Qu'à un moment donné le fœtus succombe, sous l'influence d'une cause quelconque, et le tableau va se modifier; les phénomènes réflexes disparaissent, il y a souvent une montée laiteuse, à la suite de laquelle les seins diminuent de volume; si la femme présentait quelques varices au début de la gestation, celles-ci s'affaissent; bref, l'état général de la femme se transforme et dans certains cas c'est tellement frappant, qu'on voit cet état se transformer du jour au lendemain.

Si à ce moment la femme vient consulter, elle peut four-

nir des renseignements précis, qui permettent de soupçonner la mort du fœtus; mais si cette même femme néglige de se présenter à la visite du médecin, elle oubliera vite ces détails, qui pour elle n'ont pas d'importance et ainsi, lorsqu'elle viendra consulter au bout de plusieurs mois, à l'occasion d'un trouble génital parfois insignifiant, elle ne donnera plus aucun renseignement précis, les difficultés vont surgir, faussant le diagnostic et la thérapeutique.

Voyons maintenant quels sont les phénomènes locaux, présentés par une femme, chez qui on soupçonne la mort de l'œuf.

L'examen gynécologique montre les signes habituels de l'utérus gravide, sur lesquels nous n'insistons pas.

Lorsque l'œuf est mort, peut-on constater quelques modifications dans les signes physiques de la grossesse ?

Toutes réserves faites sur la bonne foi d'une certaine catégorie de femmes, concernant la date de leurs dernières règles, il faut dire que ce qui frappe le médecin au premier abord, c'est la non concordance entre le volume de l'utérus et l'âge présumé de la grossesse.

Le toucher vaginal, combiné au palper abdominal, permet de sentir la tuméfaction utérine dépassant d'un ou de plusieurs travers de doigt, le bord supérieur de la symphyse pubienne.

Cette tuméfaction utérine, arrondie, située sur la ligne médiane ou légèrement latérodéviée, est quelquefois assez résistante, mais le plus souvent dépressible, mollasse sans donner cependant la sensation d'une tumeur liquide; elle se

continue avec le col auquel elle communique les mouvements qui lui sont imprimés. Habituellement le col est ramolli; toutefois, il existe de nombreux cas de col ferme et résistant, surtout dans les grossesses de moins de 3 mos. Le corps utérin a moins de tension, moins d'élasticité que quand il contient un fœtus vivant.

Dans certains cas, l'utérus et son contenu forment une tumeur tellement mollassée, qu'on ne peut plus le délimiter ni au palper, ni au toucher; dans d'autres au contraire, l'utérus et son contenu forment une tumeur solide, ayant une dureté ligneuse et des caractères tels, qu'on exclut l'idée d'une grossesse, pour croire à la présence d'un fibrome (Observations 1, 4, 9).

Il existe aussi des différences suivant que le fœtus est mort depuis plus ou moins longtemps et suivant qu'une plus ou moins grande quantité de liquide amniotique a été résorbée; dans ces conditions, on est autorisé à penser qu'une grossesse a existé, puisqu'on en a observé tous les signes, mais aussi qu'à un moment donné des phénomènes sont apparus, indiquant la mort du fœtus et la régression de l'utérus.

Tant que les membranes de l'œuf restent intactes, les signes généraux ne présentent rien de particulier, pendant tout le temps que dure la rétention fœtale. Ainsi, ne possédant aucun signe de certitude absolue, on doit rester sur une grande réserve, surveiller attentivement les malades et ne pas oublier que le fœtus peut quelquefois séjourner longtemps dans l'utérus et n'être expulsé qu'après plusieurs mois.

## Durée de la rétention

---

La durée de la rétention d'un œuf mort est très variable ; parfois l'expulsion ne tarde pas à suivre la mort du fœtus, celle-ci s'accompagne souvent d'une petite perte de sang, traduisant une menace d'avortement. Bientôt les contractions utérines se déclenchent et l'avortement fait suite. Dans d'autres cas, l'expulsion est retardée ; les contractions utérines s'arrêtent et la rétention fœtale se produit. D'une façon générale, on peut dire que la rétention est d'autant plus longue que la grossesse est moins avancée. Les cas de rétention prolongée parfois jusqu'au delà du terme normal de la grossesse, sont des plus rares (observations 1 et 8).

Dans notre observation 1, la malade avait gardé l'œuf mort pendant un an et demi ; pendant 14 mois, elle n'a pas eu la moindre perte ; puis sont apparues des pertes de sang et de liquide de mauvaise odeur, indiquant l'ouverture de l'œuf et son infection ; c'est pour ces pertes qu'elle est venue consulter. Le diagnostic n'a pas été fait et ce n'est qu'après examen de la pièce enlevée par hystérectomie, que la lésion est apparue en toute évidence.

Lorsque les membranes de l'œuf viennent à se



### Rétention du fœtus mort

*Photographie d'un utérus enlevé par Hystérectomie*

(Observation 1). — Pièce ouverte montrant les ossements du fœtus, tassés dans le tiers inférieur de l'utérus ; dans ses deux tiers supérieurs ont voit le placenta formant tumeur. Ce placenta est vivant (vérification histologique). Les ossements examinés au laboratoire d'anatomie, indiquent que le fœtus est mort au début du 4<sup>e</sup> mois. La rétention dura 18 mois.



rompre, une deuxième phase dans l'évolution de la maladie apparaît. L'œuf ouvert amène à plus ou moins bref délai l'envahissement de la cavité utérine par les différents germes du vagin ; on constate donc, à côté des modifications locales, des signes fonctionnels et généraux assez importants ; la femme perd du sang, mais elle a surtout des pertes plus ou moins fétides, qui traduisent l'infection utérine. Cette infection est ordinairement modérée, se révélant cependant par des poussées fébriles, qui doivent attirer l'attention du médecin, vers l'utérus gravide ; de toute façon, le tableau clinique change du fait de l'ouverture de l'œuf ; la femme se trouve exposée à des accidents, qui obligent à une thérapeutique active.

Il faut cependant savoir que, même à cette période, l'utérus est encore capable de se débarrasser spontanément de son contenu, mais cette expulsion est habituellement incomplète et fertile en accidents hémorragiques ou septiques.

---

## Diagnostic de rétention d'œuf mort

---

Le diagnostic de rétention d'œuf mort dès les premiers mois de la grossesse est loin d'être aisé.

A ce moment, la grossesse n'a pu encore être affirmée avec certitude et si la mort de l'œuf survient, celle-ci peut devenir la cause d'un certain nombre d'erreurs.

Quelquefois, l'absence prolongée des règles, l'existence de quelques signes de grossesse, indiquent bien qu'il s'agit d'un utérus gravide et on peut croire à une grossesse récente avec œuf vivant.

D'autrefois, au contraire, la femme présente des troubles extrêmement variables qui ont pu même amener le gynécologue à porter un diagnostic de fibrome ou de néo du corps.

Dans tous les cas, le diagnostic clinique est difficile à poser, aussi a-t-on intérêt à mettre en œuvre tous les moyens d'investigation modernes, afin d'assurer un diagnostic hésitant.

Parmi ceux-ci, l'examen radiologique de la cavité utérine par injection de lipiodol et certaines recherches biologiques, ont particulièrement retenu l'attention.

C'est à l'étude de ces diverses techniques que nous nous arrêterons, en envisageant successivement :

- A) le diagnostic clinique
- B) le diagnostic biologique
- C) le diagnostic radiologique.

#### A. — DIAGNOSTIC CLINIQUE

Rappelons les grandes lignes du diagnostic positif :

Il s'agit le plus souvent d'une femme qui n'a pas ses règles depuis un temps plus ou moins long et qui a eu des phénomènes réflexes : nausées, vomissements, somnolence.

Ces phénomènes réflexes ont cessé brusquement; les seins, qui d'abord avaient augmenté de volume, ont encuite regressé; l'abdomen, de son côté, a cessé de se développer et d'une façon générale, on peut dire qu'il s'agit d'une femme qui s'esavait enceinte et qui depuis un ou plusieurs mois, n'a plus cette impression.

Les signes physiques confirment les dires de la malade : l'utérus est plus petit qu'il devrait être, si l'on en juge par la date des dernières règles et, suivant les cas, il est soit plus mou, soit plus ferme que normalement; le col lui-même peut être mou, comme il peut être dur et même scléreux.

Dans certains cas, le volume de l'utérus ne peut être facilement apprécié et ce n'est qu'au moment où une contraction dessine son contour, qu'on peut l'identifier.

Ces sensations, si variables et quelquefois si peu distinctes, jointes à la disparition de petits phénomènes de la grossesse, peuvent faire soupçonner seulement la mort du fœtus, elles ne permettent point de l'affirmer. Quand le fœtus meurt dans les deux premiers mois de la grossesse, sa dissolution est fréquente; l'utérus, bien qu'il renferme un embryon, reste peu volumineux, mais étant plus gros que normalement, il fera hésiter le clinicien.

Habituellement, plusieurs problèmes sont à résoudre :

a) *S'agit-il d'une grossesse en évolution ?*

Nous n'insisterons pas sur les signes de probabilité de la grossesse; c'est leur disparition inopinée qui a de la valeur; c'est surtout la non concordance entre le volume de l'utérus et l'âge présumé de la grossesse, qui fera soupçonner que le fœtus est mort; il ne faudra pourtant pas méconnaître l'existence possible d'une grossesse récente et dans tous les cas, quels que soient les symptômes cliniques constatés, mettre la femme en observation.

C'est par des examens répétés et échelonnés sur plusieurs semaines, que l'on arrivera à poser un diagnostic plus ferme et que l'on évitera ainsi de commettre la grave erreur qui consiste à prendre un fœtus vivant pour un fœtus mort.

b) *S'agit-il d'une tumeur utérine ?*

La disparition des règles; la forme régulière de la tumeur,



### Rétention d'œuf molaire

(DESSIN SCHÉMATIQUE)

Masse brunâtre avec petits kystes, les uns remplis de liquide séreux, les autres de liquide hémorragique. Dans la moitié supérieure de l'œuf ouvert, on voit un petit fœtus macéré de un mois et demi environ et bien visible sur notre dessin.

La rétention dura 4 mois (Observation 2).



l'absence de bosselures, les sensations toutes particulières perçues au palper et au toucher, combinées, sensation de rénitence alternant avec le durcissement de la tumeur, montreront qu'il ne s'agit pas de fibrome utérin. Dans les cas exceptionnels de fibrome avec aménorrhée, survenant avant la ménopause, l'hystérométrie pourra parfois éclairer le diagnostic.

Cette hystérométrie ne doit pas être faite avec un hystéromètre métallique, qui risque d'ouvrir l'œuf, si par hasard l'utérus était gravide; elle doit être prudente, attentive, et ne pas occasionner le moindre trouble; c'est pour cela qu'à l'hôpital Broca, le Docteur Douay la pratique avec une fine bougie en gomme; si la cavité utérine est simplement agrandie, comme cela se voit dans les fibromes, et vide de tout contenu, la petite bougie y pénètre sans la moindre résistance; si la cavité utérine contient un œuf, mort ou vivant, la petite bougie rencontre une certaine résistance, après avoir franchi l'isthme utérin, puis elle remonte autour de l'œuf et s'enfonce ainsi de 14 et 16 centimètres dans l'utérus, sans jamais toucher le fond de la cavité. En la poussant davantage, elle finirait par ressortir par le col, après avoir fait le tour de l'œuf. A la suite de cette exploration, la malade reste au lit 48 heures et si quelques contractions utérines se produisaient, on aurait recours au lavement laudanisé. Nous n'avons jamais eu besoin de recourir à cette thérapeutique, et l'exploration dont nous parlons n'a jamais déterminé d'avortement.

C'est donc une méthode digne d'intérêt et qui peut rendre des grands services dans les cas qui nous intéressent.

On éliminera facilement la métrite du corps, à cause de l'absence des phénomènes inflammatoires, l'absence d'hémorragies, de douleur spontanée ou provoquée, par la palpation et le toucher vaginal.

Il faut savoir qu'un utérus fibromateux est capable de devenir gravide; les symptômes éprouvés par la femme, qui s'est crue réellement enceinte à un moment donné, joints aux symptômes constatés au cours des fibromes, permettront de soupçonner la vérité; mais en pratique il est bien malaisé de l'affirmer, surtout à partir de 40 ans, quand la femme approche de la ménopause; c'est à cette époque qu'il faudra rechercher les signes d'insuffisance ovarienne, en particulier les bouffées de chaleur. Ce symptôme, sur la valeur duquel insiste le Docteur Antoine Béchère, prouve l'arrêt des fonctions ovariennes de la femme et permet en quelque sorte, d'éliminer l'idée d'une grossesse.

Le dernier diagnostic à éliminer est celui du cancer du corps; il faut y penser chaque fois qu'une femme, aux environs de la ménopause, présente des pertes de sang avec pertes fétides. Nous avons vu, au chapitre de la symptomatologie, que ces pertes se voient quand les membranes de l'œuf restent ouvertes un certain temps.

Le diagnostic dans ces conditions est des plus difficiles à poser sans l'aide du laboratoire.

Nous croyons que dans ces cas, une biopsie endo-utérine par guillotinement faite avec notre curette, spécialement construite à cet effet, comporte de grands avantages sur le curettage explorateur; le traumatisme qu'elle provoque étant insignifiant, la biopsie endo-utérine nous donne les mêmes renseignements que le curettage explorateur, mais avec un minimum de risques (voir au chapitre de la thérapeutique).

La conclusion, que nous pouvons tirer de cette description, est que l'examen clinique seul est souvent incapable de poser le diagnostic ferme d'œuf mort, et qu'actuellement il lui faut associer les renseignements fournis par le laboratoire et par la radiologie, ce dont nous nous occuperons dans les chapitres suivants.

## B. — LE DIAGNOSTIC BIOLOGIQUE DE LA GROSSESSE

*(Réaction de Zondeck et Ascheim)*

Depuis de longues années, de très nombreux chercheurs ont tenté de trouver un procédé biologique pratique et sûr pour le diagnostic de la grossesse.

Beaucoup de méthodes ont été proposées; nous ne parlerons que de la réaction de Zondeck et Ascheim, née de l'étude approfondie de la physiologie sexuelle féminine.

Cette réaction est devenue d'un emploi très fréquent à

cause de la simplicité de la technique et de la certitude à peu près absolue de ses résultats.

La méthode consiste à injecter environ 2 cc. d'urine de femme devenue enceinte à des souris femelles de 7 grammes, les injections étant réparties sur trois jours.

Les résultats les plus nets sont obtenus après le 4<sup>e</sup> jour. Les frottis vaginaux (test d'Allen) peuvent donner au début quelques indications préliminaires, mais il est toujours nécessaire de sacrifier l'animal.

C'est au niveau de l'ovaire, que les modifications obtenues dans le cas de grossesse, sont les plus caractéristiques.

La réaction positive peut se présenter sous trois aspects différents :

1<sup>o</sup> Présence de grands follicules avec larges cavités et cumulus proliger.

2<sup>o</sup> Présence de follicules hémorragiques.

3<sup>o</sup> Présence de corps jaunes caractéristiques (avec ovule inclus).

Les degrés 2 et 3 sont seuls caractéristiques, de l'état de gravidité et pour les apprécier plus sûrement, il est nécessaire de pratiquer une coupe histologique de l'organe.

La réaction qui donne des résultats pratiquement toujours exacts (au moins dans 98 % des cas) peut cependant être d'une lecture difficile, à cause de l'intervention de la folliculine (hormone produite au niveau de l'ovaire).

Celle-ci, n'est d'ailleurs en grande abondance dans l'u-

rine, qu'à partir du quatrième mois de la gestation ; aussi a-t-on cherché à donner encore plus de sécurité à la méthode en utilisant l'action de l'urine de la femme enceinte sur la souris mâle.

Cette réaction, ou réaction de Fels, a été bien étudiée par Brouha et Simonet et donne 100 % de résultats exacts.

Elle ne nécessite pas de coupes histologiques, mais demande seulement des pesées assez précises, du tractus génital, testicules et vésicules séminales.

La substance active de l'urine de femme enceinte est attribuée à l'hormone antéhypophysaire ; elle existe cependant aussi dans le placenta.

En ce qui concerne l'emploi de cette réaction dans le diagnostic d'une grossesse avec œuf mort, elle ne peut être utilisée que dans les cas de mort récente du fœtus.

La production d'hormone antéhypophysaire cesse, en général, avec la mort de l'œuf ; de même que dans les cas d'avortement, la production d'hormone cesse au bout de huit à dix jours après la mort du fœtus.

Ascheim rapporte onze cas de mort de fœtus. La réaction a été dix fois négative, cependant avec quatre fois la réaction 1 ; elle a été une fois positive (réaction 2 et 3).

Dans un deuxième cas, où dans une grossesse de six mois, le développement utérin ne correspondait qu'à une grossesse de trois mois, la réaction fut une première fois dou-

teuse (réaction 1), une deuxième fois positive; le fœtus était mort et macéré.

En conséquence, d'après Ascheim, si l'on obtient la réaction 1, en même temps que la présence d'hormone ovarienne, on doit penser à un œuf mort.

Nous ne retiendrons qu'une seule cause d'erreur dans l'interprétation de la réaction de Zondeck et Ascheim, à savoir, qu'elle peut être positive dans les chorio-épithéliomes, ce dont il faudra tenir compte, dans l'interprétation des résultats fournis par le laboratoire.

### C. — DIAGNOSTIC RADIOLOGIQUE PAR INJECTION INTRA-UTÉRINE DE LIPIODOL

L'injection intra-utérine de lipiodol a pour but de mettre en évidence la forme particulière de la cavité utérine, en grande partie occupée par l'œuf fœtal.

Les premières recherches ont été faites par Carlos Heuseur de Buenos-Aires, qui en 1926, voulut appliquer cette méthode au diagnostic précoce de la grossesse.

D'après l'auteur, lorsque le lipiodol est injecté sous faible pression, le danger d'avortement consécutif est minime.

Actuellement, cette méthode de diagnostic de la grossesse est absolument condamnée.

Pour que le lipiodol donne une image caractéristique, il doit pénétrer entre la paroi utérine et l'œuf, ce qui produit



### **Image radiologique de rétention fœtale**

On voit que la cavité utérine est agrandie et irrégulière ; sur les côtés, deux prolongements en croissant, prouvent que le lipiodol s'insinue entre la paroi et l'œuf. Il s'agit d'un œuf mort de deux mois et demi environ, retenu dans la cavité utérine pendant trois mois (Observation 4)



un décollement plus ou moins étendu de l'œuf et réalise en conséquence les conditions anatomiques du début de l'avortement.

Lorsque l'œuf est mort, la méthode de Carlos Heuser reprend ses droits et peut donner des renseignements très précieux.

Si l'injection intra-utérine de lipiodol provoque le décollement de l'œuf, suivi de contractions utérines, l'avortement peut se produire ultérieurement.

Dans le cas d'œuf mort, c'est là un résultat heureux, puisqu'il contribue à provoquer un avortement thérapeutique en provoquant de la façon la plus bénigne, l'évacuation de la cavité utérine.

## INSTRUMENTATION POUR L'INJECTION DE LIPIODOL

Nombreux sont les appareils qui ont été inventés, tant en France qu'à l'étranger, pour pratiquer l'injection opaque (lipiodol ou autre); tous ont pour but, d'injecter dans la cavité du col le liquide opaque, qui doit pénétrer dans la cavité utérine, grâce à l'obturation de l'orifice cervical.

La plupart des appareils présentent un dispositif de contrôle manométrique pour ne pas dépasser les pressions dangereuses; cette condition paraît, en effet, indispensable, lorsqu'on cherche à désobstruer une trompe fermée; au con-

traire, dans l'hystérographie on se contente de remplir une cavité utérine sous faible pression, pour en apprécier la forme et les irrégularités des parois.

Il faut éviter de chasser le liquide opaque dans l'intérieur des trompes et dans le péritoine.

C'est pour cette raison, qu'à l'Hôpital Broca, le Docteur Douay n'emploie pas l'appareil manométrique pour faire cet examen; il considère, qu'il est beaucoup plus important de vérifier sous l'écran le remplissage de l'utérus, et de savoir à chaque moment la quantité injectée, que la pression à laquelle on opère.

D'autres auteurs, comme Claude Béchère, pensent que le contrôle manométrique de la pression utilisée est utile même dans les cas de simple hystérographie. Nous avons l'expérience de deux instrumentations : de Douay et de Cl. Béchère; toutes deux sont faciles à manier; nous les décrirons successivement.

#### I. — INSTRUMENTATION DE DOUAY.

a) Elle consiste en une seringue métallique de 20 cc.;

b) Un piston à vis; chaque tour de vis, injecte exactement 1 cc. de lipiodol; en comptant les tours, parcourus par le piston, on sait la quantité exacte de liquide injecté.

c) Une sonde avec épaulement conique (analogue à celle de son appareil à insufflation). Pour l'oblitération de l'orifice cervical, le col étant maintenu par une pince de Museux.

*Technique de l'examen (suivant le Docteur Douay).*

La femme est placée en position gynécologique, sur le bord de la table radiologique éclairée par le miroir de Clark.

Mise en place du speculum et nettoyage du col avec un antiseptique léger (Neol).

Il est important de bien pincer le col avec la pince de Museux ; il faut le prendre sur sa périphérie, à une distance de 2 cm. au moins de l'orifice cervical, en général : en avant et à droite.

On verse dans la seringue munie de la sonde un flacon entier de lipiodol Lafay ; on ajuste le piston et on chasse les bulles d'air contenues dans la sonde, jusqu'à la sortie des premières gouttes de lipiodol.

A ce moment, on lit sur la tige graduée du piston, le numéro qui devient le point de départ de l'injection ; après l'injection il suffira de lire le nouveau chiffre obtenu pour en déduire par soustraction le nombre de centimètres cubes injectés.

Le point de technique le plus difficile, consiste en la mise en place de la sonde, dont le cône oblitérant masque l'orifice du col, dans lequel il doit pénétrer.

Il suffit de bien viser l'orifice et d'enfoncer droit la sonde dans cette direction. Il est inutile de la faire pénétrer dans l'intérieurs de l'utérus ; il suffit simplement de l'engager dans le canal cervical ; une sonde qui pénètre trop loin dans

l'utérus, peut donner lieu à des effractions de la muqueuse et le lipiodol peut s'infiltrer dans les tissus.

Pour obturer hermétiquement le col, deux doigts de la main gauche saisissent les anneaux de la pince de Museux et le pouce appuie avec plus ou moins de force sur les ailettes de la seringue; de cette façon une seule main suffit pour maintenir tout l'appareil, tout en maintenant la coaptation avec le col utérin; la main droite étant libre, agit sur les ailettes du piston de la seringue, en le tournant tout doucement, et on compte ainsi les tours de vis; nous avons déjà vu, qu'à chaque tour, 1 cc. de lipiodol est injecté dans l'utérus.

En général, on prend des clichés avec 3 à 4 cc.; 5 à 6 cc.; au maximum 10 cc.; il est inutile d'injecter plus qu'il ne faut pour remplir la cavité utérine; si le liquide commence à pénétrer dans les trompes, on arrête l'injection.

Cet examen doit être absolument indolore; seule, la mise en place d'une pince de Museux, provoque une petite piquûre, mais après l'examen, la malade peut avoir quelques coliques utérines, quelques douleurs lombaires, dues à la mise en tension de l'utérus et parfois même un réflexe nauséeux. On a signalé des cas, où le lipiodol était injecté dans les veines, donnant sur la radiographie une traînée, qui remonte dans les veines utéro-ovariennes; c'est pour avoir des renseignements plus précis qu'il paraît utile de faire un cliché

de profil, beaucoup plus difficile à réaliser qu'un cliché de face ou de trois quarts.

## II. — INSTRUMENTATION DE CLAUDE BÉCLÈRE.

Elle comprend :

- 1° Un appareil injecteur : l'hystéromamètre ;
- 2° Deux appareils d'occlusion du col utérin, à choisir, d'après l'état du col et les difficultés qu'on rencontre :

a) Un premier appareil composé d'une sonde molle à bout olivaire, qui obture l'orifice cervical interne, et une pince à col, qui sert à fixer la sonde ;

b) Un deuxième appareil, comprenant : une sonde rigide à embout conique qui bouche l'orifice cervical externe, avec une pince pour tenir le col.

### *Technique générale de l'examen (d'après Cl. Béclère) :*

a) Excellente obturation du col utérin ; elle doit être aussi complète que possible, afin d'éviter le reflux vaginal du liquide chassé par les contractions utérines.

b) Mesure de la pression exercée à tout moment de l'injection, pour éviter les dangers, que les trop hautes pressions peuvent occasionner ; ne jamais dépasser la limite maxima de la pression, fixée à 30 cc. de mercure.

c) Faire l'injection lentement et progressivement.

d) Être certain, qu'on a rempli de liquide opaque toute

la cavité utérine disponible ; la quantité de liquide opaque à injecter, pour obtenir le remplissage complet de la cavité utérine, variant suivant la capacité de celle-ci.

e) Faire 2-3 radiographies au cours de l'examen : de face et de profil.

Si la radiographie de face situe l'ombre utérine dans le plan frontal, la radiographie de profil permet de situer son siège exact aussi dans le plan antéro-postérieur.

Si la tumeur est un peu grosse, cercler sur la paroi de l'abdomen le contour de la tumeur palpable, par un fil de plomb et prendre une radiographie avec un film au contact du fil de plomb et une ampoule sous la table.

Les erreurs de cette technique radiologique peuvent provenir, soit de la pression insuffisante, soit de l'injection insuffisante ; car si l'utérus se contracte, ou si la cavité utérine est insuffisamment remplie, l'image radiographique peut faire croire à une lacune, qui en réalité n'existe pas.

De là l'utilité :

- 1° Du contrôle radiologique ;
- 2° D'une grande seringue ;
- 3° D'une mesure de la pression ;
- 4° Nécessité de prendre trois radiographies en séries, pendant l'examen.

En résumé, les différences d'instrumentation et les divergences d'opinions des auteurs, ne nous paraissent pas avoir une très grande importance, pour obtenir les bonnes

épreuves radiologiques; la difficulté consiste surtout dans leur interprétation.

Les dangers et les accidents sont absolument exceptionnels dans l'hystérographie pure, seule qui nous intéresse; il n'en est pas de même dans la salpingographie, qui paraît offrir beaucoup plus de risques et demande bien plus d'attention.

#### RENSEIGNEMENTS DONNÉS PAR L'EXAMEN AU LIPIODOL EN CAS DE RÉTENTION D'ŒUF MORT

L'image utérine est anormale.

La cavité utérine est agrandie et déformée.

Lorsque les premiers centimètres cubes pénètrent, ils fusent entre l'œuf et la paroi, donnant lieu à une image en croissant de lune.

En injectant davantage, on constate une lacune unique, assez régulière, aux contours un peu ondulés; si on injecte une trop grande quantité, la lacune tend à disparaître, l'œuf étant recouvert d'une épaisseur de lipiodol; il est donc inutile de mettre trop de lipiodol ni d'employer des pressions excessives.

Sur l'image radiographique ci-jointe (Planche IV), on voit que la cavité utérine dans ses deux tiers inférieurs est remplie par une masse compacte de lipiodol; au-dessus, le lipiodol recouvre partiellement la tumeur intra-utérine, lui délimitant un croissant à concavité inférieure; dans ce croissant

on voit une zone claire ; c'est la lacune qui correspond à la partie la plus épaisse de l'œuf.

Cette image, est-elle caractéristique d'une grossesse ?  
Non.

Elle pourrait très bien être produite par un fibrome intra-utérin, ou polype fibreux ; à ce sujet, nous avons observé à l'Hôpital Broca des cas tout à fait démonstratifs ; il faut bien dire, que l'image dans ces cas est ordinairement plus régulière, aux contours plus nets.

Une image lacunaire centrale peut encore être produite par un cancer du corps, avec gros bourgeons intra-utérins, aussi bien un sarcome, qu'un épithéliome, mais dans ces cas, l'image est ordinairement plus régulière, avec contours déchiquetés.

Une erreur peut être faite, lorsque l'utérus est rempli des caillots sanguins ; les caillots sont refoulés par le lipiodol et paraissent former une tumeur intra-utérine.

Nous pourrions aussi décrire une autre radiographie (Planche 3) ; nous y verrions des signes différents de la première, mais qui ne sont, eux non plus, caractéristiques de la grossesse, avec œuf mort.

Ce qu'on peut dire à coup sûr, c'est qu'il s'agit nettement d'une tumeur intra-utérine, mais il ne faudra jamais se baser sur la seule radiographie, pour affirmer qu'il s'agit d'un œuf mort.

Ce n'est qu'associé aux données du laboratoire et sur-

tout à l'examen clinique minutieux, que l'exploration radiologique peut devenir un précieux auxiliaire pour le diagnostic, en éliminant un certain nombre d'affections gynécologiques et en fournissant dans certains cas, la quasi-certitude de la présence d'un œuf mort dans l'utérus.

D'autre part, l'exploration radiologique en décollant l'œuf, en mettant le muscle utérin sous tension, peut déclencher les contractions expulsives de l'utérus et produire le phénomène naturel de l'avortement, ce qui confirme le diagnostic, tout en réalisant la meilleure thérapeutique.

---

## Traitement

---

Dès que le fœtus a cessé de vivre, il ne forme plus dans la cavité utérine qu'un corps étranger, dont l'utérus cherche à se débarrasser ; aussi doit-on aider la nature à se débarrasser de cette grossesse indésirable.

La conduite à tenir paraît donc très simple à première vue ; il n'en est pas de même dans la pratique et les opinions des auteurs à ce sujet sont variées.

Malgré les nouveaux moyens diagnostiques, dont nous disposons actuellement, il est toujours difficile à préciser d'une façon absolue au début de la grossesse, si le fœtus est mort ou s'il est encore vivant.

Le grand point de la conduite à tenir dans les cas où on soupçonne la mort du fœtus, est de savoir attendre patiemment en surveillant attentivement l'évolution de la maladie.

Si l'œuf reste intact, non ouvert, il demeure aseptique et inoffensif et peut être toléré très longtemps dans la cavité, avant que son expulsion naturelle se produise, ce qui arrive dans un grand nombre des cas.

L'absence de tout phénomène grave ou fébrile, la possibilité pour la malade de continuer ses occupations, la facilité

extrême et rapide de l'expulsion, inclinent à penser certains auteurs que l'expectative indéfinie est plus logique et moins aléatoire que l'intervention évacuatrice, quelle que soit la difficulté qu'on a parfois à la faire accepter à certaines malades, surtout malades nerveuses et gravement préoccupées de l'état anormal de leur grossesse, et de la mort in utéro de l'œuf.

Le danger d'un œuf mort vient de son ouverture et de son infection possible; l'œuf ouvert peut encore être expulsé spontanément, mais cette expulsion est habituellement incomplète, s'accompagnant de complications plus ou moins graves, rendant le curettage plus délicat et plus dangereux.

Il faut agir avant l'éclosion des complications et pour ce faire, il faut savoir reconnaître les signes d'ouverture de l'œuf mort à leur début, car l'apparition de pertes de sang, des pertes fétides ou des liquides plus ou moins colorés, de fièvre et des douleurs, traduisent déjà la complication de l'œuf mort, qu'il ne faut jamais attendre pour faire une thérapeutique active.

Actuellement, bon nombre d'accoucheurs et de gynécologues, conseillent d'intervenir sans autre indication, que la rétention prolongée.

C'est ainsi, qu'on risque moins de voir les femmes avec une complication; on leur évite les inconvénients d'une expectation trop longue, surtout chez celles qui travaillent, en leur rendant une existence normale; en outre, l'utérus débar-

rassé du corps étranger que lui formait l'œuf mort, permet à la femme de devenir enceinte et d'avoir une grossesse en tous points normale.

A l'Hôpital Broca, la conduite que nous avons tenue est la suivante :

1° Être certain du diagnostic d'œuf mort et pour cela, mettre en œuvre tous les renseignements cliniques et biologiques (Réaction de Zondeck et Ascheïn) établis sur l'observation de la malade à l'hôpital, pendant plusieurs semaines.

2° Explorer la cavité utérine au moyen de l'injection lipiodolée ; celle-ci a non seulement l'avantage de fournir des renseignements radiologiques, intéressants au point de vue diagnostique, mais aussi de produire un décollement progressif de l'œuf et, en mettant l'utérus sous tension, déclancher les premières douleurs d'expulsion.

L'examen au lipiodol peut donc avoir un résultat thérapeutique, en provoquant l'expulsion de l'œuf, sans autre intervention, comme cela s'est vu dans trois de nos observations.

3° Si après l'injection de lipiodol, l'avortement ne se produit pas, ou s'il n'est pas complet, procéder alors au curettage pour évacuer complètement la cavité utérine.

Dans ce travail, nous ne nous occuperons pas de l'évacuation manuelle de l'utérus, après dilatation au ballon ; ceci s'applique au fœtus mort de plus de 4 mois et fait partie des cas obstétricaux.



(Malade du Professeur BRINDEAU).

(Cliché du Docteur LEDOUX-LEBARD).

### **Image radiologique de rétention fœtale**

La cavité utérine est très agrandie et déformée au niveau du fond, où il existe une vaste image lacunaire. Noter que cette image n'a rien de caractéristique d'une grossesse et pourrait très bien être produite par un fibrome.

(Observation 7).



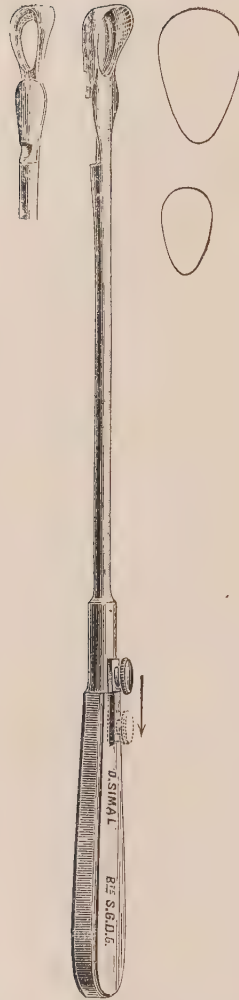
Dans les cas gynécologiques (les seuls qui nous préoccupent) où l'œuf mort est de moins de 4 mois, l'évacuation de l'utérus sera faite avec la curette.

Nombreux sont les modèles de curettes inventés par les gynécologues; elles ont chacune leurs avantages, que nous sommes premier à reconnaître; pour notre part, nous avons jugé pratique, de réunir les avantages de plusieurs de ces instruments en un seul et dans ce but nous avons fait construire par la maison Simal, une curette d'un type un peu spécial: il s'agit d'une curette utérine, modifiée de façon à réunir en un seul instrument la curette pleine et la curette fenêtrée: mousse et tranchante (*Planche 5*).

Pour obtenir ce résultat, nous avons rendu mobile le dos de la curette, que l'on peut abaisser ou remonter à l'aide d'une tige actionnée par un bouton poussoir, manœuvré comme celui de l'aiguille de Reverdin.

Lorsque l'instrument est ouvert (en abaissant le bouton poussoir), la curette est fenêtrée, tranchante d'un côté, mousse de l'autre; lorsqu'il est fermé (en remontant le bouton poussoir), la curette a l'aspect d'une petite cuiller pleine et mousse.

En outre, nous avons pensé utile, pouvoir employer le même instrument, pour pratiquer la biopsie endo-utérine. C'est ainsi, que nous avons rendu tranchant l'extrémité antérieure du dos mobile, ce qui nous permet de pratiquer une



CURETTE UTÉRINE DE BROSTEIN

(Voir le fonctionnement au chapitre du traitement, page 49)

biopsie endo-utérine par guillotinement et même de garder dans la cupule de la curette le fragment sectionné.

La coudure, qui existe normalement entre la curette et son manche, étant supprimée sur notre instrument, à cause de sa construction spéciale, nous y avons très bien remédié, en donnant une incurvation à sa partie active, opératoire; il en existe trois modèles, de tailles croissantes, selon qu'on veut l'utiliser pour un utérus petit, moyen ou gros.

Le mode d'action de notre curette a ceci de particulier, qu'on peut utiliser, l'une ou l'autre de ses propriétés pendant le cours même de l'opération, et suivant les nécessités du moment, sans avoir recours à un autre instrument.

Qu'il s'agisse d'une curette mousse ou tranchante, pleine ou ouverte, ou pour biopsie endoutérine, on a tout dans le même instrument, dans la même main; point n'est besoin d'en chercher un autre.

Nous croyons, qu'en dehors de la facilité du travail de l'opérateur, notre curette contribue à écourter le temps de l'opération; les curettages pratiqués avec cette curette à l'Hôpital Broca et ailleurs ont donné des résultats en tous points satisfaisants.

---

## Curettage en cas d'œuf mort

---

On peut être amené à faire le curettage dans trois conditions différentes et que nous décrirons successivement :

1° *L'œuf est fermé et retenu dans la cavité utérine.*

Si après l'injection de lipiodol, l'œuf n'est pas expulsé, il y a lieu de procéder au curettage, comme nous l'avons dit plus haut; celui-ci doit être fait le plus aseptiquement possible et sous anesthésie générale.

a) *Dilater le col aux bougies de Hégar.*

Cette dilatation doit être poussée très loin si on veut plus tard avoir toute facilité pour évacuer l'utérus. Il faut atteindre le numéro 15 à 20 de la série de Hégar, calibrée au millimètre.

A l'Hôpital Broca, on se sert couramment des bougies de Segond, calibrées au tiers de millimètre; on pousse ainsi la dilatation jusqu'au numéro 45 à 60 de la série; ces bougies ont l'avantage de pénétrer sans effort et d'être moins traumatisantes que les vraies bougies de Hégar. M. Douay a fait

faire ces bougies en aluminium, pour diminuer leur poids; elles rendent ainsi de grands services.

Quelquefois la dilatation s'accompagne de grosse hémorragie; dans ce cas, on évite de laisser le sang s'écouler entre deux passages de bougie; la bougie qui doit entrer, est toute prête, au moment où on retire la précédente; de sorte qu'il ne s'écoule qu'un temps très court entre chaque pénétration, et le sang qui s'accumule ainsi dans l'utérus, décolle l'œuf, ce qui facilitera plus tard son expulsion.

b) *Décoller l'œuf.*

Aussitôt la dilatation obtenue, on pénètre avec la grosse curette et par un mouvement circulaire, on décolle l'œuf de la paroi utérine, puis le fond étant atteint, on abaisse les tissus ovulaires par petits coups, pour les détacher du fond. Lorsque l'œuf se présente au col, on le saisit avec une pince à plateau ou une pince à germe et on l'extrait par petites secousses; parfois on peut avoir en une fois la presque totalité du contenu utérin.

c) *Curetter la paroi.*

Quelle que soit l'importance du tissu ovulaire retiré en une ou deux fois, il faut penser, que des débris plus petits restent collés à la paroi utérine; à ce moment la curette méthodiquement travaille de haut en bas, en faisant le curetage de chaque paroi, puis du fond et enfin des angles. Pour

bien nettoyer les angles, il faut prendre la petite curette : la corne gauche est particulièrement difficile à bien vider. On est prévenu par le cri utérin de la fin du curettage.

d) *Laver l'utérus.*

L'eau stérilisée très chaude est additionnée d'une cuillerée de teinture d'iode par litre.

Ce lavage est indispensable, si l'utérus saigne, ou si on suppose un léger degré d'infection.

2° *L'œuf est ouvert et retenu dans la cavité utérine.*

Dans ce cas, la femme a le plus souvent des pertes de sang et si cela dure depuis un certain temps, elle a aussi des pertes plus ou moins septiques.

Ici, il n'est plus question de retirer l'œuf en une fois ; on le retire le plus souvent par fragments.

Après anesthésie générale de la femme et dilatation du col, introduire une curette mousse ; gratter d'abord la paroi antérieure, puis la paroi postérieure de l'utérus ; gratter bien les angles utérins ; lorsque le cri utérin prouve qu'il ne reste plus rien dans l'utérus, faire une injection iodée chaude, de deux litres d'eau environ. Mettre de la glace sur le ventre souvent utile pour éviter une poussée inflammatoire pelvienne et tonifier l'état général de la femme.

En général, si le curettage a été bien fait, les complications sont rares, mais elles sont possibles ; c'est à elles qu'il

faut toujours penser et ne pas oublier qu'elles dépendent quelquefois de l'opérateur, c'est-à-dire de la façon dont la femme a été curettée.

3° *L'œuf est expulsé incomplètement.*

Si la femme a des pertes de sang, malgré l'expulsion de l'œuf, c'est qu'il reste des débris dans l'utérus.

Le curettage dans ces cas, n'a rien de particulier; il permet de retirer le plus souvent quelques vieux débris placentaires retenus dans l'utérus; on peut ne pas faire de lavage intra-utérin; presque toujours l'hémorragie s'arrête après quelques coups de curette et la malade guérit dans la semaine qui suit l'opération.

En résumé, nous voyons que le traitement de l'œuf mort dans les premiers mois de la grossesse et retenu dans l'utérus, se réduit aux points suivants :

a) Attendre d'abord quelques semaines que l'œuf soit expulsé spontanément;

b) Faire une injection intra-utérine de lipiodol si l'œuf n'a pas tendance à être expulsé spontanément;

c) Recourir au curettage si l'œuf continu à rester dans l'utérus ou s'il est expulsé incomplètement.

Le pronostic en cas de rétention d'œuf mort est, en général favorable; il dépend de l'ancienneté de la rétention, de l'état des membranes de l'œuf et de la thérapeutique plus ou moins judicieuse qu'on emploie.

## Observations

---

### OBSERVATION 1.

Mme D..., âgée de 41 ans, est admise à l'Hôpital Broca, le 6 mars 1922, parce qu'elle a des pertes de sang. Réglée à 17 ans, ses règles ont toujours été régulières, d'abondance moyenne, non douloureuses; elle a eu dix grossesses : huit accouchements normaux, d'enfants à terme et deux fausses-couches : une de six mois, une autre de trois mois.

Les dernières règles datent du mois de juin 1920; aucune perte de sang pendant dix-sept mois de suite; pendant les premiers mois de cette absence de règles, elle a présenté quelques troubles et s'est crue enceinte. Puis, elle n'a plus présenté aucun trouble de grossesse; elle a cru qu'elle s'était trompée et cependant ses règles ne revenaient pas.

A la fin de novembre 1921, elle a pour la première fois des pertes verdâtres, d'odeur fétide, qui durent quinze jours; aux pertes succèdent des hémorragies abondantes, qui durent quatre jours, enfin des nouvelles pertes, mélange de sang et de pus, jusqu'à son entrée dans le service du Professeur J.-L. Faure, c'est-à-dire pendant quatre mois environ.

La malade continue à travailler jusqu'au 6 mars; c'est à cette date qu'elle vient consulter à l'Hôpital Broca et y est admise.

L'examen permet de sentir un utérus gros, douloureux; au spéculum, on voit un col gros, métritique, avec ulcération sur la lèvre antérieure; un liquide fétide sort du col; la malade n'a pas de température, ses urines sont normales.

On émet l'hypothèse, soit d'un fibrome nécrosé, soit d'un néo du corps très infecté.

Dans ces conditions, on décide de ne pas faire d'autre exploration et on pense préférable une hystérectomie d'emblée; l'opération est fixée au 15 Mars 1922.

La malade est anesthésiée à la rachianesthésie; on retire 20 cc. de liquide céphalo-rachidien; on injecte dans le rachis 12 centigrammes de scurocaïne, et on obtient ainsi une anesthésie parfaite.

On fait une laparotomie médiane sous-ombilicale; l'utérus est gros, il n'est pas fixé par de l'annexité. On procède à l'hystérectomie totale avec fermeture du vagin. Péritonisation et hémostase parfaite; fermeture en trois plans, sans drainage.

*Examen de la pièce (voir Planche 1).* — A l'ouverture de l'utérus, on voit le squelette d'un fœtus, dont les ossements sont tassés dans le segment inférieur de l'utérus; on voit nettement les tibias, dont l'un est engagé dans la cavité

cervicale ; on voit des nombreux fragments d'os, crâne, vertèbres, etc... ; les dimensions des os longs, permettent de dire qu'il s'agit d'un fœtus de 3 mois au moins ; au-dessus des ossements, le placenta forme une tumeur ; il est rouge foncé, de la grosseur d'une petite mandarine, occupe tout le resie de la cavité utérine. Ce placenta est vivant, sans nécrose, sans inflammation, que l'examen histologique confirmera par la suite.

Les suites opératoires sont bonnes ; on enlève les agrafes le 11<sup>e</sup> jour ; la mālade ne présente aucun trouble de l'état général. Elle quitte le service le 17<sup>e</sup> jour en excellente santé.

EN RÉSUMÉ : *Œuf de trois mois  $\frac{1}{2}$  environ retenu plus d'un an dans la cavité utérine, sans aucune perte ; puis pendant quatre mois, pertes de sang et de pus. Diagnostic : cancer du corps ou fibrome nécrosé suivi d'hystérectomie totale. L'ouverture de la pièce anatomique montre un fœtus réduit à l'état de squelette.*

## OBSERVATION 2.

Madame L..., âgé de 21 ans, entre à l'Hôpital Broca, le 6 Novembre 1929, pour grossesse anormale.

Elle n'a jamais eu d'enfants, et s'est toujours bien portée.

Le 15 Avril 1929, elle a eu ses dernières règles normales, non douloureuses, pendant quatre jours ; depuis cette

époque aucune perte de sang, pas de pertes blanches; pas de règles en mai, ni en juin; l'aménorrhée s'accompagnant de quelques phénomènes sympathiques, la malade se croit enceinte et dans ce but va consulter à Saint-Antoine au début de juillet, où le diagnostic de grossesse probable est porté.

Les seins qui paraissaient jusqu'à cette époque légèrement tendus ont présenté une petite poussée laiteuse au milieu du mois de juillet.

A partir de ce moment, l'état général de la malade étant bon, elle ne s'occupe même pas de son abdomen, qui n'augmente pas et c'est à l'occasion de quelques douleurs dans le bas-ventre, qu'elle vient consulter et est admise à Broca.

L'examen gynécologique pratiqué par M. Douay, permet de sentir un gros utérus mou, donnant l'impression d'un utérus gravide de trois mois environ; le col légèrement ramolli; rien dans les culs-de-sac.

On pense à la possibilité d'un œuf mort; le volume de l'utérus ne correspondant pas à l'âge présumé de la grossesse, si on se rapporte à la date des dernières règles; l'âge de la grossesse serait de six mois et demi; on hésite encore entre un fibrome avec aménorrhée, ou kyste dermoïde pré-utérin.

M. Douay fait une hystérométrie prudente avec la fine bougie en gomme qui pénètre de 16 centimètres à l'intérieur de l'utérus; elle s'enroule donc autour d'une tumeur intra-utérine, qui a beaucoup de chances d'être un œuf mort.

Le 9 novembre, on pratique une injection intra-utérine de lipiodol ; on injecte facilement 10 cc. et on prend un cliché radiographique qui montre une très grande cavité, avec image irrégulière et diverticulaire.

A la suite de cet examen et le soir même, la femme est prise de contractions utérines, qui aboutissent dans la nuit à l'avortement spontané.

Le produit d'expulsion recueilli montre, qu'il s'agit d'un œuf molaire.

C'est une grosse masse brunâtre, avec petits kystes ; les uns remplis de liquide séreux, les autres de liquide hémorragique rouge et noir.

A l'ouverture de cette masse, on constate une cavité remplie de liquide brunâtre et dans lequel flotte un petit fœtus macéré d'un mois et demi environ (voir le dessin schématique de la pièce, Planche II).

La malade continue à perdre un peu de sang pendant trois jours encore, puis tout va en s'améliorant.

On cherche à préciser l'étiologie, et après un examen minutieux, on exclut la syphilis (Réaction de Wassermann négative), la néphrite, sans trouver une autre cause.

Les suites sont favorables, l'état général s'améliore parallèlement à l'état local ; on ne croit pas à la nécessité d'un curetage et la malade quitte le service le 20 novembre, dans un excellent état.

On la revoit six mois plus tard avec une grossesse probable de deux mois.

EN RÉSUMÉ : *Il s'agit d'un œuf molaire (fœtus mort à deux mois environ) retenu dans la cavité utérine pendant plus de quatre mois, sans aucune perte de sang, et dont l'expulsion s'est produite immédiatement après l'injection intra-utérine de lipiodol.*

### OBSERVATION 3.

Madame T..., âgée de 30 ans, est admise en observation à l'Hôpital Broca, le 10 juin 1930, pour grossesse anormale.

Toujours bien réglée, elle n'a jamais eu d'enfants.

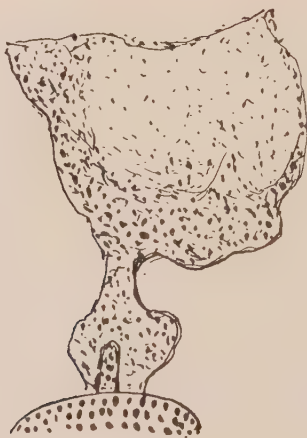
Les dernières règles normales datent du 15 février 1930; pas de règles en mars, ni en avril; à ce moment quelques nausées, sans vomissements.

Le 3 mai, la malade dit avoir eu un curettage, soit-disant pour hémorragie; on peut admettre qu'il s'agissait d'une tentative d'avortement provoqué.

Actuellement (le 12 juin), l'examen gynécologique permet de sentir un utérus gros, douloureux, paraissant gravide de deux mois environ; le col est ramolli, on ne sent rien dans les culs-de-sac. Etant donné que la grossesse, dont le début remonte au mois de février, devrait être de trois mois et demi et que l'utérus est de la dimension de deux mois, on émet l'hypothèse de grossesse avec œuf mort; il est probable

que la mort remonte à l'époque de ce curettage, qui n'a pas évacué la cavité utérine, mais a provoqué la mort du fœtus.

La malade est mise en observation; elle ne perd rien, pas de fièvre, l'utérus ne grossit pas; alors le 21 juin, on fait une injection intra-utérine de lipiodol; et l'image radiographique montre la cavité utérine agrandie et déformée, avec une zone arrondie plus pâle, correspondant à l'œuf encore fixé au fond de l'utérus (voir ci-dessous le schéma radiologique).



Le 30 juin, la malade expulse spontanément une masse ovulaire arrondie, représentant un œuf mort; on ne trouve pas la trace du fœtus; à ce moment survient une hémorragie assez abondante, nécessitant un curettage d'urgence.

Après désinfection et dilatation du col, on procède à l'é-

vacuation complète de l'utérus, en ramenant encore quelques débris placentaires; on fait un lavage iode intra-utérin, très chaud; à la suite de cette opération, l'hémorragie s'arrête; les suites de couches sont favorables et la malade quitte l'hôpital, dix jours plus tard.

EN RÉSUMÉ : *Il s'agissait d'une grossesse de deux mois, avec œuf mort vraisemblablement à la suite d'une tentative d'avortement et retenu dans la cavité utérine pendant un mois et demi environ; l'injection intra-utérine de lipiodol a montré une image particulière et a déterminé l'expulsion incomplète de l'œuf. Après curettage tout est rentré dans l'ordre.*

#### OBSERVATION 4.

Mme B..., âgée de 34 ans, entre à l'Hôpital Broca, le 26 Avril 1929, pour grossesse anormale.

Elle a eu deux grossesses normales, la dernière il y a six ans.

Les dernières règles normales datent du 10 novembre 1928; pas de règles en décembre, ni en janvier; pas de troubles réflexes, mais gonflement marqué des seins.

Le 1<sup>er</sup> février 1929, elle perd un peu de sang sans caillots et ces pertes durent jusqu'au 20 février; elles ne s'accompagnent pas de fièvre; l'état général de la malade reste bon; elle remarque seulement que ses seins diminuent de volume, mais elle n'y attribue aucune importance.

Pas de règles, pas de pertes en mars.

Le 26 Avril, elle vient avec des pertes jaunes; à ce moment, il n'y a rien d'autre qui l'inquiète, elle ne souffre pas.

A l'examen, on sent un utérus gros, rond, dur; le col est fermé, les culs-de-sac libres.

On émet l'hypothèse d'une grossesse avec œuf mort, mais on n'exclut pas la possibilité d'un fibrome avec aménorrhée, ou d'une métrite du corps.

Une hystérométrie prudente, faite avec la bougie en gomme 10, montre que la cavité utérine est agrandie; elle est de onze centimètres.

Le 8 mai, à midi, on pratique l'injection intra-utérine de lipiodol (on injecte 13 cc.); l'image radiographique montre : une cavité utérine agrandie et irrégulière, et sur les côtés, deux prolongements en croissant, prouvant que le lipiodol s'insinue entre la paroi utérine et l'œuf (Planche 3).

Le soir de l'injection de lipiodol, la malade est prise de contractions utérines, qui aboutissent à l'expulsion d'un œuf mort de deux mois et demi environ; l'œuf étant au complet, on juge inutile le curettage.

Les suites des couches sont excellentes; la température n'a jamais dépassé 37°5; les urines sont normales, l'état général est des plus satisfaisants; la malade quitte le service le 17 mai en parfait état.

*Il s'agit donc d'un œuf mort de deux mois et demi en-*

*viron, retenu dans la cavité utérine pendant trois mois et dont l'expulsion s'est produite huit heures après l'injection intra-utérine de lipiodol.*

## OBSERVATION 5.

Mme L..., âgée de 27 ans, entre le 14 Février 1931 dans le service de M. J.-L. Faure, pour crises douloureuses et grossesse anormale.

Dernières règles le 14 novembre 1930; pas de règles en décembre, mais à l'époque présumée des règles : crise douloureuse, siégeant dans la région hypogastrique, avec irradiations dans les lombes.

Les phénomènes douloureux durent huit jours et s'arrêtent progressivement; aucune espèce de perte ne se produit et la malade reprend ses occupations.

Le 26 décembre, une nouvelle crise douloureuse durant trois jours, sans aucune perte de sang.

Ce n'est que le 1<sup>er</sup> janvier 1931 que la malade perd un peu de sang; de même le 22 janvier, mais ces pertes ne s'accompagnent d'aucune douleur, et ne contiennent pas de caillots.

L'apparition d'une nouvelle crise douloureuse le 10 février 1931 oblige la malade de se faire examiner par un médecin, qui l'envoie à Broca avec le diagnostic d'hématocèle probable.

Signalons que pendant l'absence de règles (du 14 novembre au début de janvier), la malade a eu quelques nausées, de la somnolence, des picotements dans les seins.

L'examen, pratiqué par le Docteur Douay, le 14 février 1931, montre un utérus gros, mou en rétroversion réductible; un col ramolli; rien dans les culs-de-sac.

On pense à une grossesse avec œuf mort, à cause du petit volume de l'utérus, des quelques pertes de sang et la disparition des signes réflexes.

On met la femme en observation.

Le 19 février, on fait la réaction de Zondek et Ascheim, qui se montre positive pour la souris femelle et négative pour la souris mâle (Voir diagnostic biologique, p. 33).

Le 4 Mars, on fait une injection intra-utérine de lipiodol et l'image radiographique montre la cavité utérine agrandie et légèrement déformée; quelques heures après cette injection, la malade est prise de contractions utérines, qui aboutissent à l'expulsion de quelques caillots sanguins, dans lesquels on distingue un œuf de quatre à cinq semaines environ.

Une deuxième réaction de Zondeck et Ascheim pratiquée le lendemain de l'expulsion de l'œuf, donne les mêmes résultats que la première.

Un curetage de la cavité utérine, fait trois jours plus tard permet de retirer quelques débris placentaires.

Les suites de couches sont bonnes; la malade quitte le service au bout d'une semaine en parfaite santé.

EN RÉSUMÉ : *Il s'agit d'un œuf mort de quatre à cinq semaines environ, et retenu dans la cavité utérine pendant deux mois.*

#### OBSERVATION 6.

Mme B..., âgée de 22 ans, entre à l'Hôpital Broca (service de Gynécologie), le 13 janvier 1931, pour grossesse anormale.

Elle n'a jamais eu aucune maladie; ses parents sont bien portants; son mari de même; pas d'enfants.

Ses dernières règles normales datent du 2 septembre 1930; elles durent quatre jours. Pas de règles en octobre, contrairement à l'habitude qu'a la malade, d'être bien réglée depuis l'âge de 16 ans.

Le 20 novembre, survient une hémorragie sans caillots, que la malade prend pour des règles, mais qui ne dure que vingt-quatre heures.

Le 18 Décembre, la malade voit revenir ses règles normales, pendant quatre jours, toujours sans caillots.

Depuis qu'elle a eu le retard de règles (octobre-novembre), elle se sent fatiguée, sans présenter des troubles réflexes, communs dans la grossesse.

A l'examen, on tombe sur le col utérin paraissant normal; par contre l'utérus est augmenté de volume, comme s'il était gravide d'un mois et demi environ; sa consistance sensiblement normale.

On croit se trouver en présence d'une grossesse interrompue; le volume de l'utérus ne concorde pas avec le retard de règles, qui est de quatre mois. S'agit-il d'un œuf mort de un mois et demi, avec rétention pendant deux mois et demi, ou d'un avortement fait, avec rétention de la totalité du placenta ? Etant donné que les pertes de sang ont été de courte durée, sans caillots et sans douleurs d'expulsion, on pense plutôt à une rétention d'œuf mort.

On pratique le 14 janvier un examen radiologique, par injection intra-utérine de lipiodol. L'image radiologique montre une tumeur intra-utérine, qui confirme l'hypothèse d'œuf mort.

Le 21 janvier, on fait à la malade un curettage de la cavité utérine, pour vider l'utérus de son contenu.

On dilate préalablement le col à l'aide des bougies de Hégar, calibrées au tiers de millimètre; la curette permet de décoller l'œuf et d'en faire l'extraction en plusieurs fragments; l'examen histologique confirme le diagnostic.

Les suites opératoires sont bonnes, sans fièvre. L'état général s'améliore rapidement.

On cherche la cause de la mort du fœtus, sans la trouver (urines normales, pas de stigmates de spécificité; Wassermann négatif).

Dix jours plus tard, la malade quitte l'Hôpital en parfait état et au bout de trois semaines, revient avec des règles normales.

EN RÉSUMÉ : *Il s'agit d'une grossesse d'un mois et demi environ, avec œuf mort, retenu dans la cavité utérine pendant deux mois et demi et évacué par curettage.*

#### OBSERVATION 7.

*(Malade du service du Professeur Brindeau signalée dans la Thèse du Docteur Courtois, en 1928)*

Madame D... M., 28 ans.

Ses dernières règles normales datent du 14 au 16 juillet 1927; pas de règles en août; petite hémorragie en septembre.

Au mois d'octobre, croyant qu'elle avait eu simplement un retard de règles, elle prend des cachets (?)

Sur ces entrefaites, elle a une hémorragie abondante, mais la fausse-couche ne se produit pas; depuis cette époque pas de règle.

Le volume du ventre reste stationnaire.

Les vomissements qu'elle a présenté dans les trois premiers mois, se sont arrêtés à partir de cette époque; la malade n'a pas eu de montée laiteuse.

Son médecin l'envoie à Tarnier le 26 janvier 1928, en indiquant qu'elle présente une grossesse anormale, arrêtée dans son évolution.

A l'examen, le col utérin est fermé, de consistance plus ferme, que celle d'un utérus gravide; les culs-de-sacs du va-

gin sont souples et libres; le toucher combiné au palper permet de percevoir une masse utérine, de la grosseur d'un utérus gravide de trois mois.

Le Professeur Brindeau, le 27 janvier 1928, conclut à la rétention probable d'un fœtus mort.

Le 3 Février 1928, on pratique à la Salpêtrière, l'examen radiologique de l'utérus par injection intra-utérine de lipiodol (Voir la reproduction du Cliché; Planche 4).

La radiographie montre que la cavité utérine est très agrandie et nettement déformée au niveau du fond, où il existe une vaste image lacunaire.

Le 12 Février, on pose une laminaire et le lendemain la malade a des douleurs et perd du sang; le même jour, il se produit l'avortement en deux temps, et le fœtus est de trois mois environ.

On n'a pas eu recours au curettage.

EN RÉSUMÉ : *Il s'agit d'une malade de 28 ans, 3<sup>e</sup> pare, qui semble avoir fait une grossesse remontant à trois mois, puis vers le quatrième mois, tous les signes se sont arrêtés, mais l'utérus reste gros et stationnaire; on pense à une rétention de fœtus mort; le diagnostic est confirmé par l'aspect radiologique de la cavité utérine et l'expulsion d'un fœtus de trois mois; la rétention avait duré trois mois. Guérison parfaite.*

## OBSERVATION 8.

*(Citée par M. Planchu à la Société d'Obstétrique  
et de Gynécologie, le 7 juillet 1924)*

Il s'agit d'une jeune femme parisienne, récemment mariée, dont les règles, habituellement régulières, s'étaient arrêtées quelques mois après son mariage.

Au bout de trois mois d'interruption, un médecin consulté, confirme l'existence d'une grossesse; à six mois, la malade étonnée de ne pas sentir des mouvements fœtaux et de ne pas grossir, consulte un chirurgien, qui constate un utérus dur, rétroversé, du volume d'une petite tête fœtale.

Il infirme la grossesse, parle de fibrome et propose une intervention.

La malade qui se sentait très bien hésite et sur ces entrefaites quitte Paris pour Lyon. Trois nouveaux mois s'écoulaient sans règles; un chirurgien lyonnais consulté, confirme le fibrome et propose aussi une intervention.

De plus en plus perplexe, la malade avait fini, onze mois après l'interruption de ses règles, par accepter une laparotomie, lorsqu'elle vient consulter Fochier, qui faisant passer au premier plan l'arrêt des règles, affirma à cette jeune femme, après simple interrogatoire, qu'elle était enceinte depuis onze mois.

Devant ces diagnostics, aussi contradictoires, la malade devenait de plus en plus troublée.

Fochier fut assez persuasif, pour qu'elle acceptât avant toute autre intervention, une exploration intra-utérine, après dilatation du col.

Je servis d'aide à Fochier, pour cette exploration et après le passage de quelques bougies de Hégar, il s'écoula par le col une cuillerée à bouche de liquide amniotique clair et apparut au col, le pied d'un fœtus momifié d'environ trois mois.

*Il s'agissait bien d'une rétention prolongée (7 à 8 mois) d'un fœtus mort in utero, vers le quatrième mois de la grossesse.*

#### OBSERVATION 9.

*(Malade du Docteur Claude Béchère)*

Mme D..., est venue consulter le 18 décembre 1930, parce qu'on lui avait dit, qu'elle avait un fibrome.

Réglée à 13 ans, d'abord irrégulièrement, ses règles deviennent normales à partir de 18 ans; elle n'a eu d'aménorrhée que pendant ses deux grossesses normales, avec accouchement à terme.

Ses dernières règles datent du 8 mai 1930; au cours de cette période menstruelle, elle a eu les oreillons et a souffert de vives douleurs dans l'abdomen; après ces oreillons, pas de règles; en outre, elle remarque quelques signes, comme

elle en a eu pendant ses grossesses; tendance au sommeil, nausées le matin, gonflement des seins.

Le 18 septembre, légère perte de sang; à la fin de novembre, un premier médecin consulté parle de fibrome, un autre n'en trouve pas et le 18 décembre, l'examen donne des renseignements suivants : utérus gros, arrondi, régulier et dont le pôle supérieur remonte à six centimètres au-dessus du pubis; le col est petit, fermé et non ramolli; les seins ne sont pas sensiblement modifiés.

En présence de ce gros utérus régulier, de cette aménorrhée, de ces quelques signes fonctionnels de grossesse, on pose le diagnostic de grossesse et on écarte celui de fibrome; mais le volume de l'utérus n'est pas en concordance avec la durée de l'aménorrhée (7 mois) et on pense que l'œuf est mort vers le 18 septembre (4 mois); on décide alors de mettre la malade en observation pendant un mois sans rien faire.

On apprend ensuite par une lettre que la malade, le 23 janvier 1931, a spontanément expulsé un fœtus mort.

Tout s'est très ben passé et il n'y a pas eu la moindre complication.

CONCLUSION. — *Un œuf de quatre mois environ, retenu dans la cavité utérine pendant trois mois et demi.*

---



## Conclusion

---

1° La rétention d'œuf mort dès les premiers mois de la grossesse utérine est souvent d'un diagnostic très difficile et cela d'autant plus, que la rétention est plus ancienne;

2° L'œuf mort peut rester dans la cavité utérine pendant des mois, sans occasionner le moindre trouble, mais sa présence constitue une menace de complications;

3° L'injection intra-utérine de lipiodol montre la présence d'une tumeur dans l'utérus : cette technique à elle seule, ne permet pas d'affirmer, qu'il s'agit d'un œuf mort, mais associée aux données du laboratoire et surtout aux renseignements cliniques, elle est d'un utile secours pour le diagnostic;

De plus, en mettant l'utérus sous tension, elle peut provoquer l'expulsion complète de l'œuf et réaliser ainsi la thérapeutique la plus simple.

4° L'œuf mort à membranes intactes, autorise l'expectative avec surveillance attentive de la malade; l'œuf mort à membranes ouvertes, exige une thérapeutique active.

5° Si l'œuf n'est pas expulsé par l'injection intra-utérine de lipiodol, il importe de procéder à l'évacuation de la cavité utérine par curettage.

*Vu, le Doyen :*

BALTHAZARD.

*Vu, le Président :*

J.-L. FAURE.

Vu et permis d'imprimer :

*Le Recteur de l'Académie de Paris,*

S. CHARLÉTY.

## Bibliographie

---

### *Mort du fœtus*

- ALBERTIN. — *Bulletin d'Obst. et de Gynécologie de Paris*, 1925, p. 67.
- ASRAMOFF. — De la rétention du fœtus mort. *Thèse de Paris*, 1915.
- BRINDEAU. — La pratique de l'art des accouchements, t. III.
- BOISSARD. — Mort du fœtus macéré. *Arch. mensuelles ob. et gyn.*, 191, p. 455.
- BOISSARD. — Femmes enceintes et fœtus macérés (*Soc. d'Obst.*, 1910, p. 400).
- BUDIN. — *Obst. et Gynécologie*, p. 615.
- BEDANCOURT. — Un caso de mamification fœtal (*Ann. Acad. Scienc. Méd. de la Habana*, 1903-1904, p. 333).
- BUDIN. — Femmes enceintes et nouveau-nés, p. 243.
- BARTON. — Fœtus compressés (*Tr. obst. Soc. Lond.*, 1903-1904, p. 417).
- BUÉ. — *Bull. de la Société d'Obst. et Gynécologie*, 1912, p. 637.
- BOURSIER et GAUTRET. — *Bull. de la Société d'Obst. et Gyn.* 1921, p. 468.

- COMMANDEUR, FABRE et TRILLAT. — *Bull. de la Société d'Obs. et de Gyn.*, 1919, p. 83.
- CULLEN. — Retained fœtus (Surg. Gyn. and obst., 1915, p. 261).
- FABRE et EPARVIER. — *Bull. de la Soc. d'Obst. et Gynécol.*, 1911, p. 492.
- FAVREAU et DE COQUET. — Œuf ayant subi des phénomènes de rétention intra-utérine (*J. de Méd.*, Bordeaux, 1921, p. 569).
- FRUHINSOLZ. — Rétention prolongée d'un œuf abortif présentant les caractères de l'hématome mole (*Rev. Méd. Obst.*, 1911, p. 17).
- FAVRER. — Prolonged retention of the fœtus (*Lancet*, 1914, p. 794).
- JEANNIN. — *Revue de Technique Médicale*, 1<sup>er</sup> mars 1924.
- JEANNIN. — La retenzione del feto morta (*Clin. Obstétr.*, 1910, p. 371).
- JARDINE. — Retention in utero of a dead fœtus for 4 monts, Glasgow M. J., 1901, p. 218.
- LABOURDETTE et TISSIER. — *Bull. de la Soc. d'Obst. et Gyn.*, 1912, p. 769.
- LÉVY-SOLAL et VIGNES. — Rétention d'os du crâne fœtal dans la cavité utérine pendant plus de trois ans (*Soc. Obst. et Gyn.*, 1920, p. 38).
- LE LORIER. — *Bull. Soc. d'Obst.*, 1913, p. 9.
- MAYGRIER. — Soc. d'Obst. et Gyn. de Paris, 9 novembre 1892.

- MICHALOW. — Rétention de fœtus mort (Russ. Med. Rundschau, 1909, p. 608).
- MARIOTON. — *Bull. de la Soc. d'Obst. et Gyn.*, 1910, p. 428.
- MARSHALL. — Case of missed abortion (Tr. Glasgow obst. and Gynecol., 1900, 1902, 1903, p. 35).
- MEYER. — Rétention embryonale Knochew im uterus (*Zeit. f. Gebuirts u. Gyn.*, 1922, p. 409).
- PLANCHER. — *Bull. Obst. et Gyn.*, 1924, p. 646.
- POTOCKI. — Ret. intra-utérine de f. mort. *Revue pratique ob. et Pédiatrie*, 1908, p. 314.
- PAUCOT et VASSEUR. — Soc. Obs. et Gynéc., 1911, p. 574.
- PROUVOST. — Rétention pendant quatre mois d'un fœtus mort au 4<sup>e</sup> mois de la grossesse (Soc. Ob. et Gyn. 1913, p. 680).
- ROSENKRANZ. — Rétention fœtale (*Berl. Klin. Woch.*, 1903, p. 1.176).
- RUDEAUX. — Que faut-il faire en présence d'un fœtus mort, retenu dans la cavité utérine (*Clinique*, 1906, p. 169).
- VALLOIS et MADON, GUÉRIN, VALMALE, DELMAS. — Soc. Ob. et Gyn., 1920, p. 85.
- VOLKMANN. — Rétention intra-utérine du fœtus mort (*Munch. Med. Woch.*, 1924, p. 1.724).
- VERMELIN et DUROCH. — Soc. Ob. et Gyn., 1921, p. 68.
- WEATHER-HEAD. — Retention of a fœtus (*Brit. M. J.*, 1911, p. 1.694).

*Radiodiagnostic gynécologique*

- DE BACKER (de Bruxelles). — Radiographies de l'app. génital de la femme, après injection de lipiodol dans la cavité utérine (*Bull. de Soc. de Chirurgie de Paris*, 18 février 1927, t. I).
- BÉCLÈRE (CLAUDE). — Technique de l'injection intra-utérine de lipiodol en radiodiagnostic gynécologique (*Bul. de la Soc. d'Obst. et Gyn. de Paris*, t. XVI, 5, 1927, p. 313-316).
- BÉCLÈRE (CLAUDE). — L'exploration radiologique en gynécologie. Technique. Résultats, 1 vol. de 172 p., 1928. MM. Masson et C<sup>ie</sup>, édit., Paris.
- BÉCLÈRE (CLAUDE). — La radiodiagnostic gynécologique par injection de lipiodol (*Soc. de Chirurgie*, 14 mars 1928).
- CADENAT. — Examen au lipiodol de l'utérus et de ses annexes (*Année Médicale Pratique*, 1927).
- FERRÉ (Lyon). — Le diagnostic radiographique des affections utéro-annexielles et en particulier des fibromes (*Journ. de Rad. et Electr.*, t. IX, 10, p. 433, octobre 1928).
- GRÉGOIRE, BÉCLÈRE (CLAUDE) et DARBOIS. — Radiodiagnostic gynécologique (*Soc. d'Obst. et Gyn. de Paris*, 13 juin 1927).
- HAMANT. — Lipiodol et rayons X en gynécologie. *Revue fr. de Gyn. et Obst.*, 12, 1928, p. 689.

- HEUSER. — La radiographie dans les premiers mois de la grossesse (*Congrès intern. de Chirurgie de Londres. Journal Belge de Radiologie*, t. XIV, 4, 1925).
- JUNGSMANN. — La radiologie en tant qu'aide pour la gynécologie et obstétrique (*Zentr. f. Gyn.*, 47, novembre 1927).
- LE GOFF. — Quelques remarques sur les injections intra-utérines de lipiodol (*Bull. de Soc. de Rad. Méd.*, mars 1928, 147, p. 92).
- MASSÉ et LACHAPELLE. — Sur un cas de lipiodol intra-utérin (*Bull. de la Soc. d'Obstr. et Gyn. de Paris*, 3, mars 1928, p. 246).
- MOCQUOT. — Radiographies de la cavité utérine (*Bull. et Mém. de la Soc. Nat. de Chir.*, t. LI, p. 1.043-1.046).
- REEBS. — A propos du diagnostic de la grossesse par les rayons X (*Bull. de la Soc. d'Obst. et Gyn.*, oct. 1928).

*Accidents survenus à la suite d'injections intra-utérines  
de liquides opaques*

- BÉCLÈRE (CLAUDE). — Les injections intra-utérines de lipiodol sont-elles dangereuses ? (*La Presse Médicale*, n° 50, 2 juin 1928).
- BRUN et CORTESI. — A propos des accidents consécutifs aux

injections intra-utérines de lipiodol (*Bull. et Mém. de la Soc. Nat. de Chir.*, t. LV, n° 3, p. 13).

DELASSUS. — Quelques réflexions sur l'injection des trompes utérines à propos d'un cas malheureux (*La Presse Médicale*, n° 81, 10 octobre 1928, p. 603).

DUVAL (PIERRE). — Des dangers de l'hystéro-salpingographie par injection intra-utérine (*Bull. et Mém. de la Soc. Nat. de Chir.*, t. LIV, n° 24, mai 1928, p. 603).

HOFFMANN (Vienne). — Shadigung durch salpingographie (*Zent. f. Gyn. Jg.* 52, n° 19, p. 1.201-1.206, 1928).

HASELFORST. — Ist die Hystero-salpingographie eine ungefahrliche untersuchunsmethod ? (*Zent. f. Gyn. Jg.* 51, Nr. 29, p. 1.821 bis, 1927).

HELLMUTH. — L'hystéro-salpingographie est-elle une méthode d'exploration dépourvue des dangers ? *Munch. (Med. Woch.*, t. LXXIV, n° 14, avril 1927, p. 583).

ODONTAL. — Ubert Gefaren der Utero-salpingographie (*Zent. f. Gyn.*, t. LI, n° 29, p. 1.824-1.829, 1927).

LECÈNE, BÉCLÈRE (CLAUDE) et TEDESCO. — Un cas de réaction salpingienne à la suite d'une injection intra-utérine de lipiodol (*Bull. Soc. Obst. et Gyn.*, n° 12, février 1929, p. 121).

PORTRET. — Au sujet des examens radiologiques par la méthode des injections opaques intra-utérines (*Bull. de la Soc. Rad.*, t. XXXVI, n° 2, février 1928, p. 56).

SICARD et SOLAL (Oran). — Accidents consécutifs à une injection intra-utérine de lipiodol (*Bull. et Mém. de la Soc. Nat. de Chir.*, t. LIV, n° 34, 1928, p. 1423).

*Instrumentations diverses  
pour l'injection de substances opaques*

BÉCLÈRE (Claude). — *Gynécologie et Obstétrique*, année 1926, t. XIV, n° 2, p. 109.

BÉCLÈRE (Henri) et PORCHER. — Instrumentation pour le radiodiagnostic par injection de lipiodol (*Journ. de Radiol. et Elec.*, t. II, p. 236-237, 1927).

COTTE. — Instrumentation pour l'injection intra-utérine de lipiodol (*Lyon Chir.*, n° 4, août 1926, t. XXIII, p. 507-509).

COTTE. — Appareil manométrique pour mesurer la pression dans les explorations radiologiques avec injection de lipiodol (*Lyon Chir.*, t. XXIV, n° 6, 1927, p. 716).

FRANCILLON-LOBRI et DALSACE (J.). — Présentation d'un appareil pour injection de lipiodol (*Bull. de la Soc.*

- d'Obst. et Gyn. de Paris, t. XVII, n° 1, janv. 1928, p. 25).
- D'ISTRIA. — Dispositivo per metro-salpingografia (*La Radiologia Medica*, vol. XV, fasc. 7, p. 748, 1928).
- HIRST. — The technic of intra-uterine lipiodol injection of gynecological diagnosis (Instrumentation). (*Amer. Journ. of Obst. and Gyn.*, t. XV, p. 799, 1928).
- PETIT-DUTAILLIS. — Nouvel appareil à obturation mobile et à fixation bilatérale pour injection utéro-tubaire de lipiodol (*La Gynécologie*, juin 1929, p. 352).
- RUBIN et BÉNÉDICK (New-York). — Metro-salpingagraphy with the aid of iodized oil (Instrumentation) (*The Am. Journ. of Roentg.*, t. XIX, n° 4, p. 348-352, avril 1928).
- STEIN et ARENS. — A new self-retaining instrument for patency test and iodized oil instillation (*Amer. Journ. of Obst. and Gyn.*, t. XV, n° 5, p. 707-708, 1928).
- TIERI (Naples). — Un nouvel instrument pour l'injection des liquides opaques dans la métro-salpingographie (*Rev. franç. de Gyn. et Obst.*, n° 4, p. 222-231, 1928).
- VANRELL. — Presentation de un nuevo aparato para la histero-salpingografia (*Ars Medica*, sept. 1927).



